Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Aggravation bei den nach Unfällen entstehenden Neuropsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Adolphi
aus Hülsdonk.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Aggravation
bei den nach Unfällen entstehenden
Neuropsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Adolphi
aus Hülsdonk.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 34.
Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Anschütz,**
z. Zt Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0019

Die nervösen und psychischen Störungen im Anschluß an ein Trauma sind infolge Einführung des Unfall- und Invalidengesetzes von großer sozialer Wichtigkeit geworden. Es hat sich nämlich gezeigt, daß von diesem Zeitpunkt an die Unfallneurosen sowohl an Zahl wie auch an Schwere bedeutend zugenommen haben. Viele Autoren sind deshalb zu der Überzeugung gekommen, daß gerade die Unfallgesetzgebung und ihre Handhabung die traumatischen Neurosen züchte.

Die genauen Prüfungen nach der Art des Unfalls haben nun ergeben, daß es oft ein relativ geringfügiges Trauma ist, an das sich psychische und nervöse Störungen anschließen. Es sind sogar Fälle bekannt, bei denen es sich lediglich um psychische Erschütterungen handelte, und die ohne jede äußere Verletzung doch deutlich das Bild der traumatischen Neurose darboten. Binswanger und andere halten für jede Unfall-Neurose überhaupt die psychische Erschütterung, nicht das materielle Trauma, für das auslösende Moment. Anders steht es natürlich mit den Neurosen, die durch schwere Kopf- und Rückenverletzungen bedingt sind, und bei denen Kommotionserscheinungen auftreten. Nonne schlägt vor, diese Erkrankung, die mit starken organischen Veränderungen des Zentralnervensystems einhergeht, als „Kommotions-Neurose“ von den typischen Unfallneurosen abzugrenzen, bei denen organische Veränderungen fehlen, und die größtenteils funktioneller Natur sind (Bruns). Im Gegensatz zur Kommotions-Neurose

entwickelt sich die Unfallneurose ganz allmählich, meist vergehen Tage, Wochen und Monate bis zu ihrem Ausbruch. Da recht viele Unfälle ohne später auftretende nervöse und psychische Störungen verlaufen, wird der Annahme, daß es sich bei dem Entstehen dieser Neurosen meist um konstitutionell belastete und minderwertige handelt, voll zuzustimmen sein. Der meist geringfügige Unfall ist bei diesen nie die alleinige Ursache der Neurosen, vielmehr nur ein schwächendes Moment mehr. Nach Jakoby reagieren die meisten Menschen auf geringfügige Unfälle überhaupt nicht, da der in bezug auf sein Nervensystem rüstige Mann selbst durch schwere Unfälle nicht zu Boden gedrückt wird.

Nach Binswanger entstehen nun infolge des psychischen Traumas Aufregung, Angst und häufig eine Reihe anderer psychischer Schädigungen. Der Verletzte macht sich Gedanken über die Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sorgt sich über die hiermit eng zusammenhängenden Entschädigungsansprüche und beschäftigt sich schließlich mit diesen Angelegenheiten so eingehend, daß sie in dem Bewußtsein des Verunglückten bald die Oberhand gewinnen und ihn veranlassen, auf das eingehendste sich selbst zu beobachten. Bruns äußert sich hierüber im gleichen Sinne. Außer Schreck und Angst entstehen noch andere seelische Erregungen, die so stark werden können, daß sie eine Neurose bewirken. Der Verletzte ist nach dem Unfall zunächst einige Tage oder Wochen arbeitsunfähig und fängt bald wieder an zu arbeiten. Dann erst stellen sich an den verschiedensten Körperstellen langsam zunehmende Schmerzen ein, so daß der Kranke die Arbeit aufgibt und bettlägerig wird. Durch den Unfall selbst noch in seinem seelischen Gleichgewicht erschüttert, wird der Verletzte sehr erregt und ängstlich und fängt an, ängstlich auf jedes Symptom zu achten und sich hypochondrischen Erwartungen hinzugeben. Durch

allmähliches Stärkerwerden der Beschwerden kann so im Laufe der Zeit ein schweres Krankheitsbild in die Erscheinung treten, ohne daß die körperliche Untersuchung gewichtige Anhaltspunkte dafür gibt.

Einige Autoren, wie auch Sachs und Strümpell schreiben vor allem dem Kampf um die Rente die Urheberschaft für den Ausbruch und die Weiterentwicklung der traumatischen Neurosen zu. Nach ihrer Ansicht hält der Kranke sich für berechtigt, eine Rente zu bekommen, da er ja einen Unfall erlitten habe. Der Verletzte weiß recht gut, daß entsprechend der Höhe des Unfalls auch die Rente ausfällt, und achtet demzufolge weit mehr auf seinen Körper, als es sonst der Fall sein würde. Der Nichtversicherte sucht, von der Not des Lebens getrieben, selbst stärkere Beschwerden möglichst bald zu überwinden und mit voller Energie seine Arbeit wieder aufzunehmen; der Versicherte dagegen gibt schon minimalen Beschwerden nach, da er ja bei Erwerbsunfähigkeit rentenpflichtig wird. Treten daher etwas stärkere Beschwerden beim Wiederbeginn mit der Arbeit auf, so stellt er die Arbeit ein und verzichtet, vielleicht nach einigen Arbeitsversuchen, schließlich ganz auf die Arbeit und verlangt jetzt, da er voll arbeitsunfähig ist, eine möglichst hohe Rente. Seiner Meinung nach steht ihm dies zu, da er ja nach dem Gesetz erwerbsunfähig geworden ist. Wird ihm die Rente strittig gemacht, so fühlt er sich rechtlich schwer beeinträchtigt und sucht auf jede Weise zu seinem Recht zu kommen. Er unterzieht seinen Körper einer sehr sorgfältigen Untersuchung nach krankhaften Erscheinungen und suggeriert sich dabei oft unbewußt alle die Funktionsstörungen, die er zu haben wünscht, um sie als Beweise für seine körperliche Schädigung heranzuziehen.

Schließlich liegt dem Kranken garnichts mehr daran, geheilt zu werden. Im Gegenteil, er sieht Besserungs-

versuche als einen Versuch an, ihn finanziell zu schädigen. Daß dieses Gefühl der rechtlichen Beeinträchtigung, die ständige Beobachtung des eigenen Körpers auf krankhafte Erscheinungen, das Hineinzwängen des ganzen geistigen Lebens auf eine einzige Vorstellungsreihe für die Entstehung wirklicher Neurosen und Psychosen kaum günstiger gedacht werden kann, ist wohl ohne weiteres zuzugeben (Sachs).

Daß die Kranken in dem Bestreben, ein möglichst schweres Krankheitsbild zu zeigen, sehr oft übertreiben, ist wohl allgemein anerkannt. Nach Hitzig wollen die Kranken in dem Glauben, man wolle ihnen etwas zu wenig geben, vorbeugen durch Verschlimmern des Leidens. Häufig werden die Kranken jedoch wirklich ein schweres Krankheitsgefühl haben und auch deshalb übertreiben, weil es sich um Menschen handelt, die nicht an Schmerzen gewöhnt sind, und die zu den weniger gebildeten gehören. Im einzelnen Fall jedoch zu entscheiden, wieweit übertrieben wird oder nicht, ist sehr schwer (Bruns). Aber gerade diese Frage, wie auch die, ob Simulation vorliegt oder nicht, hat infolge der sozialen Gesetzgebung eine außerordentlich große Bedeutung erlangt. Während von einer Seite bei den meisten Ansprüchen auf Rente Übertreibung und auch Simulation als sehr häufig angesehen wird, hat man andererseits erkannt, daß Simulation keineswegs so häufig vorkommt, so daß heutzutage als Endresultat langer Verhandlungen und Streitigkeiten nur bei 8% der Fälle Simulation angenommen wird. Die Schwierigkeit, dieses festzustellen ist nach Strümpell besonders darin zu suchen, daß bei der Unfallneurose hysterische Erscheinungen sehr häufig sind. Beide Kranheitszustände, sowohl die psychogenen (hysterischen, hypochondrischen) als auch die simulierten Krankheitssymptome beruhen auf Vorstellungen des Kranken, die bei den Unfallverletzten unmerklich ineinander übergehen können (Begehrungsvorstellungen). Unter

Berücksichtigung dieser Tatsache wird dem Ausspruch von Bruns: „Ärzte sind heute nach bestem Wissen und Gewissen gar nicht in der Lage, in den Fällen von traumatischer Neurose eine bestimmte Entscheidung zu treffen", nur zuzustimmen sein. Abgesehen davon ist die Beurteilung des einzelnen Falls von traumatischer Neurose aber noch deshalb so schwierig, weil von verschiedenen Seiten die Forderung laut geworden ist, daß die „traumatische Neurose" als nicht durch den Unfall hervorgerufen, überhaupt nicht als entschädigungsberechtigte Unfallfolge anzuerkennen sei, und daß in allen solchen Fällen der Rentenanspruch abgelehnt werden müsse. Die Entschädigungsansprüche seien nicht durch den Unfall, sondern durch das Unfallgesetz hervorgerufen (Sachs). Ebenso fordert Mendel, bei der Begutachtung von Fällen von traumatischer Neurose schärfer als bisher die Unfallfolgen von den Unfallgesetzfolgen zu trennen und beim Rentenvorschlag Unfallneurose und Rentenkampfneurose zu unterscheiden. Man solle alle die Fälle abweisen, bei denen der Verletzte ohne Unfallgesetz nervengesund oder wieder voll arbeitsfähig geworden wäre. Aber gerade diese Unterscheidung bereitet die größten Schwierigkeiten, so daß man Sachs nur beipflichten kann, wenn er sagt: „Hat sich schließlich dieses Krankheitsbild herausgebildet, so wird es meist schwer halten, die Grenze zu ziehen zwischen dem, was wirklich durch den Unfall bedingt ist, und dem, was auf Rechnung des sich entwickelnden Rentenkampfes zu setzen ist."

Bei der Betrachtung des vollentwickelten Krankheitsbildes der traumatischen Neurose ist vor allem auffallend die enge Verwandtschaft dieser Erkrankung mit der Neurasthenie. Dabei finden sich jedoch häufig hysterische und hypochondrische Erscheinungen, so daß absolut kein einheitliches Krankheitsbild entsteht, sondern ein Gemisch von vielen Symptomen, die einzeln für andere nervöse Erkrankungen typisch sind. Die Einteilung in psychisch- und organisch-

traumatische Erkrankungen, wobei die eine rein funktionell, die andere Erkrankung durch organische Veränderungen bedingt ist, wird praktisch oft bei einer gewissen Höhe des Leidens garnicht oder nur schwer durchzuführen sein. Das Krankheitsbild der traumatischen Neurose trägt nach Schürmann immer den Kern einer traumatischen Psychose in sich, andererseits finden sich die Krankheitserscheinungen der traumatischen Neurosen sehr oft zusammen mit den psychotischen Bildern nach Kopftrauma. Deshalb hat die Bezeichnung „traumatische Neuropsychose" ihre Berechtigung. Von Morelli (Le neurosi traumatiche) werden 5 Hauptformen aufgestellt: die traumatische Neurose, Typus Oppenheim; die neurasthenische Varietät; die hypochondrische Varietät; die hysterische Varietät und die paranoide oder querulante Varietät. Da jedoch, wie gesagt, die Abgrenzung zwischen den einzelnen Formen mitunter recht wenig ausgeprägt ist, wird man nur in besonderen Fällen eine nähere Bezeichnung wählen.

Nach Binswanger und Siemerling sind die Traumatiker meist trübe gestimmt, unlustig zu jeder Arbeit und völlig energielos. Mitunter kann die Depression wachsen, so daß ausgesprochene hypochondrische Zustände entstehen. Infolge der steten Selbstbeobachtung wird das Interesse für die Außenwelt oft derart abgestumpft, daß hierdurch eine gewisse Demenz vorgetäuscht wird. Die Kranken haben dabei viele Klagen, besonders über Kopfschmerzen, Schwindelanfälle; sie weinen sehr leicht und sind leicht gereizt. Manchmal treten hysterische Dämmerzustände in die Erscheinung. Alle diese Erscheinungen können dabei sehr hartnäckig bestehen bleiben. Bei der Kombination mit andern Neurosen, besonders der Hysterie, entsteht nach Sachs mitunter ein stark ausgeprägtes Bild der Hysterie, oft jedoch finden sich nur hysterische Symptome unbestimmter Art. Die körperliche Untersuchung ergibt in den einzelnen Fällen meist ein stark wechselndes Bild.

Es finden sich unter anderm häufig Steigerung der Sehnenphänomene, Erhöhung der mechanischen Muskel- und Nervenerregbarkeit, sowie eine Reihe von Symptomen am Herzen und am Gefäßapparat. Infolge abnormer Erregbarkeit des Herzens finden sich oft bei geringen Anstrengungen und bei seelischen Erregungen Pulsbeschleunigungen. Mitunter besteht Dermographie; bei Erregung und Selbstbeobachtung kommt es leicht zu motorischer Schwäche mit Zittern. Auf dem sensiblen Gebiet bestehen in vielen Fällen Schmerzen, Parästhesien, Hyp- und Anaesthesie. Die Hautreflexe fehlen oft oder sind stark abgeschwächt. Häufig jedoch ist der objektive Befund negativ und außer Klagen fehlen alle diese Beschwerden (Oppenheim). Gerade in solchen Fällen soll die Annahme, daß die Sucht nach Rente der treibende Faktor sei, sehr berechtigt sein; auch sind genug derartige Fälle beschrieben. Andrerseits fehlt es wieder nicht an Beobachtungen, wo ohne Rentenbestrebungen nach einem geringen Trauma, wo also jeder Grund zum Simulieren fehlte, sich das typische Bild der traumatischen Neurose entwickelt. So berichtet Bock (Zur Lehre von den nach Unfällen auftretenden psychischen Störungen J.-D. 1913, Kiel) über einen Schutzmann, der nach einem leichten Kopftrauma mit geringen Kommotionserscheinungen das Bild schwerer traumatischer Neurose bot mit allgemein nervösen und lokalen hysterischen Symptomen. Trotz der schweren Schädigung wollte Patient sich nicht pensionieren lassen, sträubte sich sogar dagegen und wiederholte verschiedentlich den Wunsch, möglichst bald wieder hergestellt zu sein, um seinen Dienst von neuem antreten zu können. Im direkten Gegensatz dazu steht ein Fall, der von Becker veröffentlicht wurde:

Nach einem mittelschweren Unfall bilden sich bei dem Arbeiter K. allgemein nervöse Symptome aus, wie Steigerung der Reflexe, Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit, der

Pulsfrequenz und leichter Erregbarkeit der Herzaktion nach Anstrengungen, sowie Zeichen einer Radialislähmung des rechten Arms. Es konnte nach einiger Mühe schließlich die Entdeckung gemacht werden, daß K. die Radialislähmung bewußt vortäuschte, um Rente zu bekommen, was ihm eine Zeitlang geglückt war. Um die Art des Beginns und der Weiterentwicklung infolge der Rentenbestrebungen zu erläutern, sind 2 Fälle von Sachs beachtenswert. Bei Fall 54 ist ein Kutscher nach einem leichten Unfall nur wenige Tage bettlägerig, arbeitet dann einige Monate und kommt dann mit einer Menge Klagen und Beschwerden an allen möglichen Körperstellen. Da objektiv nichts gefunden wird, Pat. sich aber für schwer krank hält, werden ihm 40% Erwerbsunfähigkeit bewilligt. Hiermit nicht zufrieden, kommt K. wiederholt mit der Forderung, die Rente zu erhöhen, da es mit ihm schlimmer geworden wäre; doch läßt sich objektiv nie etwas finden.

Ähnlich liegt es bei Fall 55. Auch hier geben nach einem Trauma eine große Zahl von Klagen und subjektiven Beschwerden ohne positiven Befund bei der Untersuchung Anlaß zu der Annahme, daß infolge des Rentenverfahrens sich hypochondrische Ideen gebildet haben, die ohne Aussicht auf Rente wahrscheinlich nicht entstanden wären.

Des weitern berichtet Hillenberg (Ärztl. Sachverst.-Zeitg. 1907) über einen Fall, bei dem das Bestreben nach Rente in eklatanter Weise zum Ausdruck kommt. Der Kranke vermag viele Jahre lang den Ärzten ein schweres Krankheitsbild darzubieten, während er in Wirklichkeit nichts dergleichen hatte und fast ganz erwerbsfähig war.

Es handelt sich um einen Maschinisten B., der infolge einer Weichteilverletzung 3 Wochen lang arbeitsunfähig war, dann jedoch ohne irgendwelche Beschwerden seine Beschäftigung wieder einige Monate aufnahm. Dann stellte B. plötzlich die Arbeit ein mit der Begründung, wegen des Unfalls hätte der Arzt ihm 25% Rente zugesagt, was in

Wirklichkeit garnicht der Fall war. Wiederholte Untersuchungen ergaben eine schlechte Reaktion der Pupillen, abnorme Empfindlichkeit der ganzen Wirbelsäule und eine Unbeholfenheit bei sämtlichen Bewegungen mit sehr vielen Klagen. Hinzugesetzt muß jedoch noch werden, daß diese Erscheinungen allmählich erst auftraten. B. erhält trotzdem 40% Rente, da Zeichen einer traumatischen Neurose vorhanden waren, wenn es auch sehr schwer war, festzustellen, einen wie hohen Grad die Störungen angenommen hatten. Bei Nachuntersuchungen nach 4 Jahren, dann nach 8, bietet sich dem Untersucher stets das Bild der traumatischen Neurose, wenn auch hervorgehoben wird, daß B. sehr übertreibe. Nach 16 Jahren ergibt eine unvermutete Revision des Vertrauensarztes ein ganz anderes Bild. B. steht als Inhaber einer Schlosserei am Amboß und schmiedet und bietet das Aussehen eines gesunden, kräftigen älteren Mannes. Einzig waren die Bewegungen etwas langsam, doch nicht so, daß man von auffälligen krankhaften Störungen hätte sprechen können. B. suchte sich natürlich damit zu entschuldigen, daß er zum ersten Male wieder arbeite; doch wurde ihm die Rente entzogen und gegen ihn sogar Anklage wegen Rentenschwindel erhoben, da er absolut nicht der kranke und gebrochene Mann sei, als den er sich immer vor den Ärzten aufgespielt habe.

Daß das Gesetz in vielen Fällen die Mitursache der traumatischen Neurose ist und daran schuld ist, daß sich die nervösen und psychischen Störungen nicht bessern, wird ferner von Mendel und Tetzner an einigen Krankheitsbildern erläutert. Die hierbei angeführten Fälle haben noch insofern eine besondere Stellung, weil sich im Anschluß an eine typische Unfallneurose eine Neurasthenia querulatoria entwickelt, nur weil den Kranken die Möglichkeit gegeben ist, durch immer neue Berufung ihre vermeintlichen Rechtsansprüche durchzusetzen. So handelt es sich bei Fall I (Tetzner) um eine Kontusion

der rechten Brustseite, an die sich viele nervöse Beschwerden anschließen, während objektive Symptome fehlen. Mit 20% Rente ist der Kranke nicht zufrieden, will vielmehr Vollrente haben, da er unheilbar krank sei. Da er nur 30% Rente erhält, macht er in der Folgezeit andauernd Eingaben wegen Rentenerhöhung, selbst an den Kaiser, und erscheint fast täglich auf dem Berufsgenossenschaftsbureau, um Erhöhung der Rente zu beantragen. Ähnlich liegen die übrigen 3 Fälle.

Mendel zeigt in Fall II einen Dachdecker, bei dem sich im Anschluß an ein mittelschweres Trauma eine Neurasthenie mit Neigung zum Übertreiben entwickelt. Zuerst erhält der Kranke 25% Rente, später nichts. Hiermit unzufrieden, stellt der Patient dauernd Anspruch auf Rente. Bei der körperlichen Untersuchung sind sämtliche Reflexe sehr lebhaft, es findet sich starkes Nachröten der Haut; doch beherrschen Klagen über die verschiedensten nervösen Beschwerden im ganzen Körper und die Neigung zum Übertreiben alle übrigen Erscheinungen. Bei Fall III erleidet ein Braumeister ein Trauma, an das sich gleichfalls das Krankheitsbild der traumatischen Neurose anschließt. Der Kranke erhält 50% Rente, ist hiermit jedoch nicht zufrieden, sucht vielmehr Erhöhung der Rente zu erreichen. Die körperliche Untersuchung ergibt leichten Tremor der Zunge und Hände, starke Steigerung der Reflexe und starkes Nachröten der Haut.

Im IV. Falle entstehen bei dem Arbeiter H. K. nach einem Unfall Zeichen einer leichten Commotio cerebri mit sehr vielen Klagen. Objektiv finden sich Zittern der Zunge und der Hände, lebhafte Rachen- und Patellarreflexe und Dermographie. Die Stimmung ist stets gedrückt, der Kranke beteiligt sich kaum an der Unterhaltung der Mitkranken und zeigt nur wenig Interesse für seine Umgebung.

Zu den typischen Erscheinungen der Unfall-Neurose hat in diesen Fällen die Sucht, eine möglichst hohe Rente

zu bekommen, bei den Kranken den Wahn aufkommen lassen, daß sie ungerecht behandelt und benachteiligt würden. Ihr ganzes Sinnen und Trachten geht schließlich dahin, durch immer neue Berufung eine Vollrente zu erzielen. Dieser Ausgang des Kampfes um die Rente ist zum Glück selten, doch zeigt er zur Genüge, daß die sonst so wohltätige Unfallgesetzgebung auch ihre Nachteile hat.

Nach diesen Ausführungen möge noch das Krankheitsbild einer traumatischen Neurose der näheren Betrachtung unterzogen werden, bei dem die Unfallfolgen, d. h. der Rentenkampf die meisten der oben angegebenen Erscheinungen haben entstehen lassen.

Der 40 jährige Kohlenarbeiter Karl K., aus Böhmen gebürtig, erleidet am 13. XI. 07 einen Unfall, derart, daß er zwischen die Steinwand einer Lowry und die Seitenplanke einer Schute gerät und so eine leichte Quetschung seiner Brust davonträgt. K. ist darauf 14 Tage lang in ärztlicher Behandlung und für diese Zeit bettlägerig. Dann arbeitet er 12 Tage lang, begibt sich jedoch wieder zu Dr. D. in Behandlung, angeblich wegen dauernd anhaltender Schmerzen in Brust und Rücken. Am 14. I. 08 stellt Dr. D. ein Attest aus, daß K. an Hexenschuß leide, der als Fortsetzung der vor einigen Wochen aufgetretenen rheumatischen Beschwerden anzunehmen sei. Da K. wiederholt nach einigen Tagen Ruhe die Arbeit wieder aufnimmt, dann jedoch stets wegen Schmerzen die Arbeit niederlegt, finden öfters Untersuchungen von ärztlicher Seite statt. Stets ist der Befund jedoch negativ, abgesehen von leichter Druckempfindlichkeit einiger Knochenteile und vielen subjektiven Klagen. Am 25. II. 08 behauptet K. wegen der Schmerzen in der Brust voll erwerbsunfähig zu sein. Alle Gutachten stellen jedoch die Störungen als geringfügiger Natur hin und halten 25 % Rente für ausreichend. Da K. jedoch mit aller Macht dabei verharrt, voll erwerbsunfähig zu sein, wird er am 28. V. 08 dem Eppendorfer Krankenhaus zur

genaueren Untersuchung überwiesen. Der Befund dort ist jedenfalls nicht sehr verschieden von den früheren. K. soll sehr viel klagen, sei deprimiert, müde, mache zögernde Bewegungen, Gang trippelnd und schwankend, Schlaf mangelhaft. Objektiv sei nichts nachzuweisen. Es handle sich um eine hypochondrische Neurasthenie, deren Mittelpunkt Kampf um Rente bilde. 30% Rente seien auf jeden Fall genügend. K. gibt sich hiermit jedoch nicht zufrieden und stellt wiederholt Antrag auf Erhöhung der Rente. K. wird deshalb am 5. I. 09 zur genaueren Untersuchung der Kieler Psychiatrischen Klinik zugewiesen.

Nach dem Bericht dieses Krankenhauses kommt K. allein ohne Hilfe von Altona nach Kiel gereist, will aber im Krankenzimmer angeblich nicht mehr gehen können.

Status:

41jähriger Mann von mittlerem Knochenbau, mäßiger Muskulatur und Ernährung.

Schädel ohne Besonderheiten.

Pupillen mittelweit, gleich, nicht ganz rund, reagieren prompt auf Licht, Konvergenz, Akkommodation.

Augenhintergrund ohne Veränderung.

Gesicht gleichmäßig bewegt.

Zunge gerade, zittert nicht wesentlich, leicht belegt.

Rachen o. B.

Geringe Neigung zum Stottern.

Hände zittern manchmal leicht.

Sehnenreflexe der Arme lebhaft.

Mechanische Muskelerregbarkeit wenig erhöht.

Dermographismus stark positiv.

Bauchdecken und Cremasterreflex +.

Patellarsehnenreflex lebhaft.

Achillessehnenreflex +.

Zehenreflex +.

Bei der Tastprüfung widerspruchsvolle Angaben; jedenfalls ist nirgends die Empfindung ganz aufgehoben.

Plötzliche Nadelstiche rufen Zusammenzucken hervor.

Ist Patient auf diese vorbereitet, will er sie öfters nicht fühlen.

Puls: 90 Schläge die Minute, regelmäßig.

Herztöne rein.

Lungen o. B.

Patient will zuerst die Arme nicht heben können, tut es aber auf Zureden bis Schulterhöhe.

Passiven Bewegungen setzt er anfangs mit angespannten Muskeln starken Widerstand entgegen.

Handdruck am Kraftmesser = 0, K. spannt keine Muskeln dabei an. Nachher beim Gehen hält er die Finger des Untersuchers sehr kräftig fest.

Bei der leisesten Berührung von Brust, Rücken und Bauch zuckt er heftig zusammen und klagt über Schmerzen. Wird er abgelenkt, so bei der Untersuchung von Herz und Lungen, äußert er trotz starken Drückens und Klopfens keine Schmerzen. K. will einmal garnicht stehen können, läßt sich zuerst schleifen und geht schließlich mit flotten langen Schritten. Ist der Arzt fort, so geht K. allein zum Klosett. Im Bett und bei der Massage, ebenso bei den Mahlzeiten zeigt er keine Steifigkeit, sondern sitzt aufrecht da.

Auf Fragen gibt Patient sehr übertrieben Schmerzen bei allen möglichen Bewegungen an, so Kopfschmerzen beim Atmen, Niesen, beim Stuhlgang usw.

Beim Gehen klagt er über Schwindel und leichtes Erschrecken.

K. will nachts fast garnicht schlafen. Kontrolle ergibt in 5 verschiedenen Nächten 7 — 10 Stunden Schlaf ohne wesentliche Unterbrechung.

Patient unterhält sich viel mit Kranken, ist nach den Untersuchungen bisweilen schlecht gestimmt, droht mit Selbstmord, falls er eine niedrige Rente erhielte.

K. sucht durch vieles Erzählen Mitleid zu erregen. Sprache ist weinerlich, doch keine Depression.

Das Gutachten der Klinik nach dieser Beobachtung trägt Bedenken, trotz der handgreiflichen Übertreibungen und Unrichtigkeiten eine bewußte Simulation anzunehmen. Es sei wohl möglich, daß K. sich diese von ihm vorgetragenen, unbegründeten Beschwerden tatsächlich einbilde. K. mache den Eindruck, als ob er über den Zustand seines Körpers in einem wahnhaften Gedankengang befangen sei.

Die hypochondrischen Wahnideen seien hier wie so oft eine Folge des Kampfes um Rente und hingen nur indirekt mit dem Trauma zusammen. Die wirklich vorhandenen Beschwerden, die vor der Rentenhypochondrie mit 25 und 30% Erwerbsunfähigkeit eingeschätzt waren, seien jetzt wohl noch vorhanden, doch sicher nicht höher als 30 — 50%.

Da K. wiederholt trotz Zubilligung von 50% Rente den Antrag auf Vollrente stellt, kommt er am 5. II. 11 wiederum in die Kieler Psychiatrische Klinik.

Im allgemeinen ist der körperliche Befund, wie auch sein Verhalten wenig verändert.

Hände schütteln oft unregelmäßig, dagegen besteht kein eigentliches Zittern.

Händedruck beiderseits schwach, ohne rechte Anspannung der dabei in Betracht kommenden Muskeln.

Sehnenreflexe der Arme nicht gesteigert, nur fängt K. bei dieser Prüfung sogleich in deutlich willkürlicher Weise an, heftig zusammenzufahren, dann mit den Armen zu schütteln. Ähnlich ist es bei der Untersuchung der Reflexe der unteren Extremität.

Die Haut ist angeblich sehr stark druckempfindlich, doch kann man bei Ablenkung, wie beim Anziehen der Kleider, die Haut ruhig streifen, die sich als völlig unempfindlich erweist.

K. behauptet, die Arme nur bis zum Mund heben zu können. Zum Essen, Waschen und Kämmen dagegen wäre es ihm unmöglich, die Arme soweit zu bewegen. Häufig willkürliche Muskelanspannungen.

Schlaf ist meist ausgezeichnet, obwohl K. stets das Gegenteil behauptet. Appetit ausreichend. Stimmung ist nicht so abweisend wie bei der ersten Beobachtung, doch ist Patient noch sehr klagsam.

K. ist viel unbeweglicher, geht nie, obwohl er zugibt, zu Hause sich spazieren führen zu lassen.

Patient sitzt meist im Sessel, lehnt es aber ab, mit den Händen einfache Arbeiten zu verrichten, da er dann erbrechen müsse. Solche Wagnisse dürfe er nicht machen. Jede Minute müsse er auf seinen Körper achten.

K. sucht wiederum durch vieles Erzählen Mitleid zu erregen, spricht nur über seinen Unfall und Rentenstreit und hat anscheinend für nichts weiter Interesse.

In dem Gutachten über diesen Aufenthalt in der Klinik wird hervorgehoben, daß die Lähmungen und Gefühlsstörungen oder Schmerzen von K.'s Aufmerksamkeit abhängig und deshalb sehr wechselnd in ihrer Stärke wären. Wegen Fehlens jeder objektiven Symptome wird jede organische Veränderung abgelehnt. Da immerhin eine Verschlechterung eingetreten sei, könne die Rente auf 75 % erhöht werden.

Obwohl 75 % Rente vom Schiedsgericht zugesprochen werden, legt K. wieder Berufung ein, er sei voll erwerbsunfähig und müsse demgemäß Vollrente beziehen.

Sehr gegen die Glaubwürdigkeit des Patienten sprechen einige Angaben und Beobachtungen, die während seines Aufenthalts in seiner Heimat in Altona gemacht wurden. Es wurde anonym der Versicherungskontrollstelle mitgeteilt, daß K. sicher simuliere. Er könne sehr rasch und aufrecht gehen, wenn er aber etwas mit der Behörde habe, gehe er an Stöcken und lasse sich führen. Er selbst habe

diesbezügliche Äußerungen getan wie: Man müsse sich krank stellen, sonst kriege man nichts. „Wenn ich auch gehen konnte, habe ich mich hingeschmissen und mußte getragen werden.“ Von einem Teil seiner Nachbarn wird ähnliches angegeben; auch ergibt eine unvermutete Kontrolle, daß er bequem, einen Stock kaum als Stütze benutzend, einherging und sogar Holz aus dem Walde holte, worauf auch leichte Schwielen in seinen Händen hinwiesen.

K. wird deshalb zum dritten Male der Kieler Klinik zur genaueren Untersuchung überwiesen am 25. I. 12.

Die körperliche Untersuchung ergibt auch jetzt wenig.

Ebenso wie früher stehen die Übertreibungen und Simulationen so im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes, daß es keiner Mühe bedarf, diese festzustellen.

Patient weint oft während der Untersuchung, tut sehr wehleidig und kläglich, wenn Ärzte zugegen sind. Macht Äußerungen wie: Und wenn ich keinen Pfennig Rente kriege, muß ich auch so bleiben, muß mir alles gefallen lassen . . . Er übertreibe absolut nicht.

In dem Gutachten der Klinik wird hervorgehoben, daß K. jedenfalls nicht mehr so stark wie früher von seinen hypochondrischen Vorstellungen beherrscht werde. Objektiv spreche nichts für ein organisches Leiden. Deshalb könne bei den zahlreichen Klagen und hypochondrischen Vorstellungen auf hypochondrische Neuropsychose erkannt werden.

Wahnhafte Übertreibung sei in sehr starkem Maße vorhanden. Diese beruhe auf wahnhafte hypochondrische Gedankengänge, infolge deren K. sich außerordentlich krank und ganz erwerbsunfähig halte. Doch übertreibe K. zudem wohl noch bewußt.

Denn Symptome, die er früher in der Klinik gezeigt habe, habe er nach den Beobachtungen vor Zeugen draußen verloren. Er habe sich wirklich so benommen, wie er es in seinen Äußerungen beschrieben.

Das ganze Verhalten sei sehr widerspruchsvoll. Es lasse sich kaum unterscheiden, wieviel von dem, was er in der Klinik biete, auf bewußter Übertreibung beruhe, wieviel krankhaft sei. 75% seien genügend.

Der Betrachter dieses Krankheitsbildes wird sich diesem letzten Urteile voll und ganz anschließen.

Von den Erscheinungen, die nach Oppenheim für die traumatische Neurose wichtig sind, finden sich bei diesem Fall die dauernde Steigerung der Sehnenphänomene, die Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit, das starke Nachröten der Haut. Dazu kommt das gedrückte Wesen, die stete Selbstbeobachtung und die Abstumpfung des Interesses für die Außenwelt. Überhaupt macht K. den Eindruck, als ob er sich für schwer krank hält; doch spielen, wie gesagt, Übertreibungen infolge des Bestrebens eine hohe Rente zu erlangen, dabei eine sehr bedeutende Rolle.

Bei dem langsamen Beginn der Erkrankung, andrerseits bei der Hartnäckigkeit des Patienten ist die Prognose auf Heilung nicht günstig zu stellen. Es ist anzunehmen, daß Patient auch weiterhin in dem Bestreben, im Besitz der Rente zu bleiben, gerade so wie früher klagen und übertreiben wird. Mit ziemlicher Gewißheit kann jedoch vorausgesagt werden, daß eine Verschlimmerung in seinem Zustande kaum eintreten wird.

Immerhin wird man sich auch bei diesem Krankheitsbilde des Eindrucks nicht erwehren können, daß, wie Mendel sagt, der Verletzte ohne Unfallgesetz nervengesund oder wieder voll arbeitsfähig geworden wäre. Ebenso hätte er sich vielleicht auch bald zur vollen Arbeit bequemt, wenn er von vornherein mit seiner Rente abgewiesen wäre.

* * *

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling meinen verbindlichsten Dank für die gütige Überlassung des Falles auszusprechen.

Literatur.

Becker: Beitrag zur Lehre von der Simulation und Aggravation bei traumatischer Neurose. I.-D. 1906, Kiel.

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Auflage 1912.

L. Bruns: Die traumatischen Neurosen. 1901.

Edel: Über Unfallpsychosen. Psych. Wochenschrift, 1901, Nr. 15—17.

R. v. Krafft-Ebing: Nervosität und neurasthenische Zustände. 2. Auflage, 1896.

Mendel: Neurolog. Zentralblatt, 1910, Nr. 50.

Nonne: Deutsche Med. Wochenschr., 1910, Nr. 47.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 4. Auflage, 1906.

Sachs und Freund: Die Erkrankung des Nervensystems nach Unfällen. Berlin 1899.

Schürmann: Traumatisches Irresein. I.-D. 1904, Berlin.

A. Strümpell: Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie der inn. Krankh., 1909.

Tetzner: Neurolog. Zentralblatt, 1909, Nr. 21.

Jakoby: Ärztl. Sachverst.-Zeitg., 1911, Nr. 8.

Lebenslauf.

Am 2. Februar 1889 wurde ich, Gerhard Adolphi, evang. Konfession, zu Hülsdonk, Kreis Mörs, als Sohn des Gutsbesitzers Heinrich Adolphi geboren. Da meine Eltern später nach Rzadkwin, Provinz Posen, verzogen, erhielt ich meinen ersten Unterricht im elterlichen Hause und besuchte dann das Königl. Realgymnasium zu Bromberg. Seit Ostern 1908 studiere ich in Freiburg, Berlin, München und Kiel Medizin, wo ich im Mai 1913 das medizinische Staatsexamen bestanden habe.